

Bert van Mieghem

advocaat, onder meer
gespecialiseerd in zorg & welzijn,
Wybenga advocaten, Rotterdam

BEROEPSGEHEIM WORDT ONNODIG VAAK GESCHONDEN

Zorgfraudebestrijding schiet met een kanon op een mug

Bij verdenking van fraude wordt de privacy van patiënten geregeld geschonden. Terwijl het meestal om administratieve slordigheden gaat en niet om strafbaar gedrag, zegt advocaat Bert van Mieghem.

Begin dit jaar nam minister Hugo de Jonge van VWS een zogenaamde Big Brother Award in ontvangst, een prijs die wordt uitgereikt aan de grootste schenders van privacy. De minister had deze prijs te danken aan zijn Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg, bedoeld om zorgfraude te bestrijden. Maar hoewel samenwerken tegen zorgfraude mooi is, is het een rampzalig voorstel. Het houdt namelijk in dat ongeveer iedere (overheids)instantie op het gebied van zorg patiëntgegevens gaat delen met andere instanties en met het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). Dit is een droom voor nieuwsgierige ambtenaren, maar een nachtmerrie voor patiënten en zorgverleners.

De huidige praktijk is al schadelijk genoeg voor het beroepsgeheim; het wetsvoorstel zou de situatie verder verslechteren. Maar het kanon dat hier in stelling wordt gebracht, staat niet in verhouding tot de werkelijke omvang van de fraude.

Wassen neus

Terwijl zorgverleners op hun tenen moeten lopen om te voldoen aan de privacywet AVG,

worden, als het aan de nieuwe wet ligt, via de achterdeur allerlei gevoelige gegevens ondergebracht bij een organisatie met de ominieuze naam 'informatieknooppunt'. Blijkbaar is de term fraude een toverwoord dat vele deuren opent. Ook zorgverzekeraars hebben gemerkt dat patiëntinformatie plotseling (wél) wordt gedeeld als het magische woord fraude valt. Hoewel zij naar aanleiding van bijzonderheden in dossiers of in declaraties van zorgverleners vriendelijk zouden kunnen vragen om opheldering, geven zij er de voorkeur aan de interne veiligheidsafdeling een fraudeonderzoek te laten starten. Het effect van zo'n onderzoek is dan ook vele malen groter dan het effect van een verzoek om toelichting. En het is snel opgetuigd. Weliswaar gelden er op papier – in de Regeling Zorgverzekering – tamelijk strikte voorwaarden voor, zoals dat er aanleiding voor moet zijn op basis van een algemene analyse. Maar dat is in de praktijk een wassen neus. Net zoals een zorgverzekeraar helemaal zelf mag bepalen of en waarom er aanleiding is voor een materiële controle – waarbij de zorgverzekeraar controleert of de gedeclareerde prestatie daadwerkelijk is geleverd en of die doelmatig was – geldt dat ook voor een fraudeonderzoek – waar

**Alles kan een signaal zijn:
een anonieme melding of de eigen
indruk van de verzekeraar**

de verzekeraar nagaat of sprake is van bijvoorbeeld valsheid in geschrifte of verduistering. De grens tussen deze onderzoeksvormen is niet scherp. Bij fraudeonderzoek gelden minder waarborgen ter bescherming van de zorgverlener. De zorgverzekeraar die de rechtmatigheid van declaraties wil onderzoeken, heeft dus een prikkel om te kiezen voor de insteek van een fraudeonderzoek.

Fraudeonderzoek kan – volgens die regeling – worden uitgevoerd naar aanleiding van 'signalen', maar alles kan een signaal zijn: een anonieme melding of de eigen indruk van de verzekeraar. Als de



GETTY IMAGES

Het Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg is zeer schadelijk voor het beroepsgeheim.

zorgverzekeraar een fraudeonderzoek of materiële controle wil uitvoeren, moet hij een specifieke risicoanalyse opstellen, met een specifiek controleplan en een specifiek controledoel. In de praktijk wordt gemakkelijk voorbijgegaan aan deze eisen. Ik sta als advocaat geregeld zorgverleners bij die worden beschuldigd van fraude. In de zaak tegen een thuiszorginstelling bijvoorbeeld werden de noodzakelijke specifieke formuleringen op één hoop gegooid onder de vraag: zijn de ingediende declaraties rechtmatig?

Overvallen

Op welke manier leidt de fraudebeschuldiging tot schending van het beroepsgeheim? De zorgverlener die ten onrechte wordt beschuldigd van fraude, is niet snel geneigd dit soort schendingen aan de orde te stellen. Integendeel. Deze zorgverlener heeft de neiging om alles te doen om de valse beschuldiging van tafel te krijgen. Als de gekrenkte trots daarvoor nog niet voldoende aanleiding is, zijn de financiële

gevolgen dat wel. Declaraties worden niet meer uitbetaald, terwijl de kosten van de praktijk wel doorlopen. Vage vermoedens van fraude zijn voldoende om de betalingen maandenlang op te schorten. De zorgverzekeraar maakt geen haast met een gedegen onderzoek naar de declaraties. De zorgverlener die betaald wil krijgen, moet zelf maar aantonen dat zijn werkzaamheden en zijn declaraties deugen. Een psychiater kreeg van de verzekeraar simpelweg te horen dat in al zijn onderzochte dossiers sprake zou zijn van gebrekkige en onjuiste registratie. Met deze uiterst summier onderbouwing werden al zijn declaraties afgewezen. Voor wie in zo'n situatie terechtkomt, is het verleidelijk om meteen toe

te geven aan de informatiewensen van de zorgverzekeraar. Wie de rug recht houdt, bijvoorbeeld door medische gegevens niet zomaar aan iedere medewerker van de zorgverzekeraar te verstrekken die daarom vraagt, maakt het zichzelf erg moeilijk. Privacyjuristen zullen erop wijzen dat de zorgverlener verplicht is zijn patiëntinformatie geheim te houden en dat alleen informatie mag worden gedeeld met de verzekeraar voor zover dat noodzakelijk is op grond van de Regeling Zorgverzekering. Dat is waar, maar het is weinigen gegeven principieel te blijven als het voortbestaan van de praktijk in gevaar komt omdat de geldkraan maandenlang dichtgaat.

De zorgverzekeraar die vragen heeft over de declaraties, benadert ook patiënten met vragen over de behandeling, over het declaratiegedrag en over vermoedens van fraude. In eerste instantie gebeurt dat schriftelijk of telefonisch, maar er worden ook onverwachte huisbezoeken gebracht. Ik kom in mijn praktijk rapporten tegen over patiënten die er niet over zouden peinzen hun medische gegevens telefonisch te delen met een onbekende medewerker van de zorgverzekeraar, maar dezelfde medewerker wel binnenlaten als hij onaangekondigd voor de deur staat. Verzekerden worden overvallen met vragen over hun medische toestand en de behandeling die zij gekregen hebben. Als hun antwoorden niet helemaal consistent zijn met de informatie in het dossier, is dat weer een aanwijzing voor de vermeende 'fraude'.

Kleine vergissingen

De semineutrale mededeling aan patiënten dat een fraudeonderzoek plaatsvindt naar hun behandelaar is strikt genomen geen beschuldiging van fraude, maar het effect op de reputatie van deze behandelaar laat zich raden. Dat effect verdwijnt niet zomaar als maanden later blijkt dat de beschuldigingen niet hard gemaakt konden worden.

Uit de meeste onderzoeken blijkt uiteindelijk dat er helemaal geen sprake is van fraude, maar van kleine administratieve vergissingen – op zich niet echt verwonderlijk, met declaratiesystemen die ieder jaar gecompliceerder worden. Toegegeven, er zijn ook zorgverleners bij wie wel wat meer aan de hand is dan een verkeerd vinkje op een enkel formulier. Soms is sprake van forse achterstanden in



GETTY IMAGES

de verwerking van de administratie, of van een administratie waarin alleen de zorgverlener zelf de weg kan vinden. Dat is niet fraai, maar het is ook geen fraude.

Maar een zorgverzekeraar die zich eenmaal in een onderzoek heeft vastgebeten, laat niet zomaar los. Dus als blijkt dat er inhoudelijk niets is aan te merken op de declaraties, wordt de aandacht verlegd naar de doelmatigheid van de zorg. Bij de zorgverleners die ik de afgelopen jaren heb bijgestaan, werd in de verzamelde dossiers altijd wel iets gevonden wat de verzekeraar niet aanstond. Een behandel-

Vergissingen komen veelvuldig voor, fraude heel weinig

methode bijvoorbeeld, die in de ogen van de verzekeraar ouderwets is, of waar een deel van de beroepsgroep sceptisch over is. Er is meestal ook wel een dossier te vinden dat op enig onderdeel incompleet of nog niet bijgewerkt is, of waarin de doelstellingen niet zijn geformuleerd volgens het sjabloon van de zorgverzekeraar. Op zulke tekortkomingen is kritiek mogelijk, maar met fraude heeft het niets te maken.

Onafhankelijke tussenpersoon

Wat moet er gebeuren? Zorgverzekeraars moeten een scherp onderscheid gaan maken tussen fraude en vergissingen. Dat is geen grijs gebied: vergissingen maakt iedereen, fraude wordt gepleegd door

GEKKE SOKJES

Een 84-jarig grijsjarig vriendelijk dametje roep ik mijn spreekkamer binnen.

'Dag mevrouw, gaat u zitten. Wat kan ik voor u doen vandaag?'

'Nou, dokter... ik weet eigenlijk niet OF u wel iets kunt doen. Weet u, ik brei van die gekke sokjes.'

Mijn hersens beginnen te malen. Waar zou deze vrouw het in vredesnaam over hebben? Is ze dement? Heb ik, of mijn voorganger, iets verkeerd gedaan?

'Vertel', zeg ik.

'Breit u ook, dokter?' Ze kijkt me hoopvol aan, en is duidelijk teleurgesteld als ik opbiecht nooit iets ingewikkelders dan een sjaal te hebben aangedurfd.

'Nou, als je sokjes maakt, maak je eerst een onderstuk waar de voet in gaat, en dan een bovenstuk voor om de enkel, en dan maak je die aan elkaar', legt ze uit.

Waar gaat dit gesprek in vredesnaam naartoe, vraag ik me intussen af.

'En weet u wat het vreemde is, dokter? Ik kon altijd heel goed sokjes breien, maar nu, sinds een week, maak ik de bovenstukken te lang en dan haal ik ze weer uit en dan doe ik het wéér fout. Ik begrijp er niets van.'

Ik weet even niet zo goed wat ik hiermee aan moet, maar herpak mezelf, besluit een bloeddruk en pols te controleren en neem een geheugentest af. De bloeddruk is wat laag. Ze gebruikt metoprolol en lisinopril. De pols is rustig, 52/min. De MMSE-score is 26.

Ik overleg met de cardioloog over de noodzaak van de metoprolol en we besluiten het om te zetten naar atenolol; dat zou minder effect op het brein hebben.

Een week later zijn de klachten verdwenen en worden er weer mooie sokjes gebreid.

Wat hebben we toch een fantastisch vak!

criminel. 'Fraude' betekent volgens Van Dale: 'bedrog, gepleegd door vervalsing van administratie'. Het gaat dus om het moedwillig veranderen van de administratie met slechte bedoelingen, bijvoorbeeld door bewust niet-verrichte werkzaamheden te declareren. Vergissingen komen veelvuldig voor, fraude heel weinig. In 2017 bedroeg fraude als percentage op het totale budget van de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de aanvullende verzekeringen 0,04 procent. De suggestie – bijvoorbeeld aan patiënten – dat sprake is van fraude moet beperkt blijven tot deze 0,04 procent en zelfs in die gevallen moet er terughoudend gebruik van worden gemaakt. Want ook dan is het niet de taak van de zorgverzekeraar om zorgverleners aan de schandpaal te nagelen.

Zorgverzekeraars die graag politieagent spelen, kunnen leren van de manier waarop het Openbaar Ministerie zorgfraude bestrijdt. In januari 2017 introduceerde de KNMG de zogenaamde ODA (onafhankelijk deskundig arts). De gedachte was dat deze bij een strafrechtelijk fraudeonderzoek kan optreden als tussenpersoon, door de voor de fraude relevante gegevens uit het medisch dossier te filteren en alleen deze gegevens aan justitie te geven. Dat is een zorgvuldige werkwijze, die ook zorgverzekeraars in een variant zouden kunnen inzetten. Dan hoeven zorgverleners zich niet gedwongen te zien om te royaal medische gegevens te delen. En kan doelmatiger gebruik worden gemaakt van middelen om fraude te bestrijden. Een bijkomend effect zou kunnen zijn dat het aantal beschuldigingen van fraude reëler wordt. Van het systeem met de ODA in het strafrecht is in de praktijk nog nooit gebruikgemaakt. Kennelijk valt het in werkelijkheid dus wel mee met grootschalige fraudes in de zorg, want anders zou dat effect moeten hebben op het aantal strafrechtelijke onderzoeken, maar dat effect is er niet. Dat is lastig te rijmen met de intensiteit waarmee zorgverzekeraars op fraude jagen.

NZa

Zorgverzekeraars maken dankbaar gebruik van de ruime mogelijkheden die de Regeling Zorgverzekering biedt en zij rekken de toch al soepele normen nog wat verder op. Zij zullen daar niet op eigen initiatief mee ophouden. Daarom zou de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hen moeten aanspreken op de vele fraudeonderzoeken die niet leiden tot een feitelijke vaststelling van fraude, laat staan tot een strafrechtelijke veroordeling. Niet ieder onderzoek hoeft tot een veroordeling te leiden, maar als blijkt dat in het merendeel van de onderzoeken de bevoegdheden niet worden ingezet tegen criminelen, maar tegen integere zorgverleners, is er iets grondig mis. ■

contact

vanmieghem@wybenga-advocaten.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl